

**ORIGINAL**  
**DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO**

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2160 /

LA SERENA, 07 MAYO 2025

SAC / MOC / CCM / CLG / ctz

N° Int.: 52

**VISTOS:**

El D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; el D.S. N°140/04 del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, las Resoluciones N° 30/2015, y N°36 /2024, ambas de la Contraloría General de la República; la Ley 21.722, que aprueba el Presupuesto del sector Público para el año 2025; el Decreto Afecto N°16, de 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**
2. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 11 de abril del 2025, el Servicio de Salud Coquimbo y el Hospital de Salamanca suscribieron un protocolo relativo al Programa de Resolutividad en APS.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°.-**APRUEBESE** el protocolo de fecha 11.04.2025 suscrito entre el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representada por su Directora (S) **D. ASTRID ZUÑIGA VEGA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en APS.

**PROTOCOLO DE ACUERDO "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS" 2025  
HOSPITAL DE SALAMANCA**

En La Serena a.....11.04.2025..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 4 de Septiembre de 2024 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Directora (S) **ASTRID ZUÑIGA VEGA**, ambos domiciliados en Avenida Infante N° 891, Salamanca,, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1030 del 30 de diciembre del 2024, del Ministerio de Salud, el que el Hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.

**SEGUNDA:** El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Programa de Resolutividad en Atención Primaria**:

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.
- d. **N° 4:** Implementar estrategias de prevención secundaria de cáncer gástrico y colorrectal que permitan optimizar la gestión de demanda de procedimientos endoscópicos en usuarios con sintomatología digestiva.



Componentes

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Médico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

**2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**

**3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio**

**4) Componente 4: Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico (CG) y Colorrectal (CCR)**

**TERCERA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de \$ **31.089.530 (treinta y un millones ochenta y nueve mil quinientos treinta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos N°s 1 y 2 señalados en las cláusulas precedentes.

El Establecimiento se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas; en el componente 1.2 Oftalmología, enviará a sus usuarios a la UAPO de Salamanca; en tanto, en el componente 1.3 Otorrinolaringología, brindará atención a todos los usuarios de la comuna de Salamanca, de acuerdo a nómina que será proporcionada por el Servicio de Salud (Anexo N° 3.2.).

Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canastas Otorrinolaringología	90	14.797.980
	COMPONENTE 1.4 Gastroenterología	Canastas gastroenterología	85	12.741.500
	COMPONENTE 1.5 Teledermatología (Anexo N° 1)	Consultas Tele dermatología	165	1.975.050 (Compra medicamentos a CENABAST)
		Canastas Tele dermatología	99	
<b>TOTAL COMPONENTE N° 1:</b>				<b>\$29.514.530</b>
<b>2</b>	COMPONENTE 2.1 Cirugía Menor (Anexo N° 2)	Procedimientos cutáneos	50	1.575.000
<b>TOTAL COMPONENTE N° 2:</b>				<b>\$1.575.000</b>
<b>TOTAL COMPONENTES:</b>				<b>\$31.089.530</b>

**CUARTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio al Hospital, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este protocolo de acuerdo.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos protocolos de acuerdo sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del protocolo. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los protocolos de acuerdo ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

**QUINTA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el Hospital:

El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del 2024 (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2025 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE (Anexo N°3). Trimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.



- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que no cumple con las metas de priorización según fecha de ingreso a LE o si su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

Los establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos hospitales que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa de salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del programa de salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y Los hospitales mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

#### Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre de cada año, para finalizar su ejecución.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el establecimiento:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso	Fuente	Fuente N°2
1. Resolución Especialidades Ambulatorias	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	0%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidas en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	30%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	Numerador: N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud.	30%	REM A29	
Denominador: N° de consultas y procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL			
1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	0%	REM A29		
	Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL		
1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de teledermatología.	15%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS	



		Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.6 cumplimiento actividad de reforzamiento estrategias Gestión demanda	Numerador: N° de actividades realizadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre Denominador: N° de actividades programadas en la red, temática Gestión Demanda primer semestre	0%	Informe local al primer corte.	
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	25%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	Disminución de LE Abierta destino APS LB de LE Abierta al cierre del año t-1.
3. Climaterio	3.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	Numerador: N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud. Denominador: N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud.	0%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	Disminución de LE Abierta destino APS LB de LE Abierta al cierre del año t-1
4. Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal	4.1 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Gástrico	Numerador: N° de pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori realizadas. Denominador: N° pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori programadas.	0%	Plataforma Registro Programación acordada entre SS y MINSAL	
	4.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Colorrectal	Numerador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones realizadas. Denominador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones programadas.	0%	Plataforma Registro Programación acordada entre SS y MINSAL	

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA), detallada en Anexo N° 3; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2025 y enero 2026), en base a planilla de Anexo N°3.

**SIXTA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023, ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente protocolo de acuerdo el Hospital deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por el Hospital al Servicio antes del 01 de marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que el Hospital reintegre al Servicio de Salud Coquimbo los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que el Hospital designe para desempeñar los roles de Ministro de Fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Hospital se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**SÉPTIMA:** El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo de acuerdo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**OCTAVA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad del Hospital rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que el Hospital rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**NOVENA:** Finalizado el período de vigencia del protocolo de acuerdo y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el Hospital reintegrar al Servicio de Salud Coquimbo los recursos del protocolo de acuerdo que no hayan sido ejecutados oportunamente.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este protocolo de acuerdo se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, él asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Hospital sea menor a las que se obligó en el protocolo de acuerdo (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Hospital deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Hospital debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente protocolo de acuerdo por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a la contraparte, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del protocolo de acuerdo, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

El Hospital, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte del Hospital respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. El Hospital tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la





notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por el Hospital o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente protocolo de acuerdo, o acogiendo los descargos del Hospital. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este protocolo, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2025 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el protocolo termine por las causales señaladas en la cláusula décimo primera o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del protocolo de acuerdo comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo protocolo de acuerdo de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el protocolo de acuerdo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente protocolo de acuerdo se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

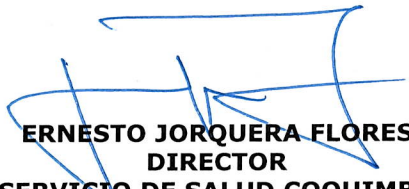
**Firmas Ilegibles**

\_\_\_\_\_  
**ASTRID ZÚÑIGA VEGA**  
**DIRECTORA(S)**  
**HOSPITAL DE SALAMANCA**

\_\_\_\_\_  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

**2° IMPÚTESE**, el gasto que irroque el presente Protocolo Subt. N°22, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2025.



  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Gestion de la Demanda  
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena  
Teléfono : (51) 2333756-513756 (Red Salud)





**PROTOCOLO DE ACUERDO "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS" 2025  
HOSPITAL DE SALAMANCA**

11 ABR 2025

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 4 de Septiembre de 2024 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Directora (S) **ASTRID ZÚÑIGA VEGA**, ambos domiciliados en Avenida Infante N° 891, Salamanca,, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el **Programa de Resolutividad en APS**, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1030 del 30 de diciembre del 2024, del Ministerio de Salud, el que el Hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución Exenta N° 167, de fecha 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud.

**SEGUNDA:** El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del **Programa de Resolutividad en Atención Primaria:**

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.
- d. **N° 4:** Implementar estrategias de prevención secundaria de cáncer gástrico y colorrectal que permitan optimizar la gestión de demanda de procedimientos endoscópicos en usuarios con sintomatología digestiva.

Componentes

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Médico Gestor



- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

**2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**

**3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio**

**4) Componente 4: Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico (CG) y Colorrectal (CCR)**

**TERCERA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **\$ 31.089.530 (treinta y un millones ochenta y nueve mil quinientos treinta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos N°s 1 y 2 señalados en las cláusulas precedentes.

El Establecimiento se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas; en el componente 1.2 Oftalmología, enviará a sus usuarios a la UAPO de Salamanca; en tanto, en el componente 1.3 Otorrinolaringología, brindará atención a todos los usuarios de la comuna de Salamanca, de acuerdo a nómina que será proporcionada por el Servicio de Salud (Anexo N° 3.2.).

Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

N°	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	N° DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canastas Otorrinolaringología	90	14.797.980
	COMPONENTE 1.4 Gastroenterología	Canastas gastroenterología	85	12.741.500
	COMPONENTE 1.5 Tele dermatología (Anexo N° 1)	Consultas Tele dermatología	165	1.975.050 (Compra medicamentos a CENABAST)
		Canastas Tele dermatología	99	
<b>TOTAL COMPONENTE N° 1:</b>				<b>\$29.514.530</b>
2	COMPONENTE 2.1 Cirugía Menor (Anexo N° 2)	Procedimientos cutáneos	50	1.575.000
<b>TOTAL COMPONENTE N° 2:</b>				<b>\$1.575.000</b>
<b>TOTAL COMPONENTES:</b>				<b>\$31.089.530</b>



**CUARTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio al Hospital, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este protocolo de acuerdo.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos protocolos de acuerdo sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del protocolo. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los protocolos de acuerdo ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

**QUINTA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el Hospital:

El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del 2024 (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2025 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2024. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE (Anexo N°3). Trimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:





- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que no cumple con las metas de priorización según fecha de ingreso a LE o si su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

<b>PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>	<b>PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%</b>
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

Los establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos hospitales que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa de salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del programa de salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y Los hospitales mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

#### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre de cada año, para finalizar su ejecución.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).



Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el establecimiento:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso	Fuente	Fuente N°2
1. Resolución Especialidades Ambulatorias	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	0%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	30%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	Numerador: N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud.	30%	REM A29	
		Denominador: N° de consultas y procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	0%	REM A29	
Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL			
1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	15%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS	
	Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1	
1.6 cumplimiento actividad de reforzamiento estrategias Gestión demanda	Numerador: N° de actividades realizadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre	0%	Informe local al primer corte.		
	Denominador: N° de actividades programadas en la red, temática Gestión Demanda primer semestre				
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	25%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Climaterio	3.1 Cumplimiento de la actividad	Numerador: N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica	0%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino



	proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	realizadas por el Programa de Salud.		APS	
		Denominador: N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
4. Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal	4.1 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Gástrico	Numerador: N° de pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori realizadas.	0%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	4.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Colorrectal	Numerador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones realizadas.	0%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA), detallada en Anexo N° 3; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2025 y enero 2026), en base a planilla de Anexo N°3.

**SIXTA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023, ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente protocolo de acuerdo el Hospital deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por el Hospital al Servicio antes del 01 de marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que el Hospital reintegre al Servicio de Salud Coquimbo los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que el Hospital designe para desempeñar los roles de Ministro de Fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Hospital se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**SÉPTIMA:** El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo de acuerdo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.



**OCTAVA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad del Hospital rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que el Hospital rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**NOVENA:** Finalizado el período de vigencia del protocolo de acuerdo y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el Hospital reintegrar al Servicio de Salud Coquimbo los recursos del protocolo de acuerdo que no hayan sido ejecutados oportunamente.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este protocolo de acuerdo se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, él asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Hospital sea menor a las que se obligó en el protocolo de acuerdo (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Hospital deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Hospital debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente protocolo de acuerdo por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a la contraparte, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del protocolo de acuerdo, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

El Hospital, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte del Hospital respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. El Hospital tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por el Hospital o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente protocolo de acuerdo, o acogiendo los descargos del Hospital. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este protocolo, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2025 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13

7




inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.


Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el protocolo termine por las causales señaladas en la cláusula décimo primera o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

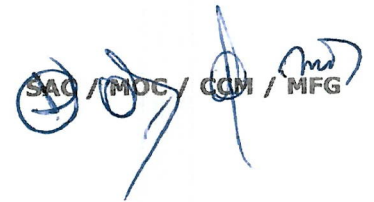
La prórroga del protocolo de acuerdo comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo protocolo de acuerdo de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el protocolo de acuerdo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente protocolo de acuerdo se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

  
**ASTRID ZÚÑIGA VEGA**  
DIRECTORA(S)  
HOSPITAL DE SALAMANCA

  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO







**ANEXO N° 1: Canasta Tele dermatología**

<b>Diagnósticos</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>FORMA FARMACEUTICA</b>
VITILIGO	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema y/o loción
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
PSORIASIS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Crema liquida humectante	200ml	Crema
	Vaselina salicilada	5%	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno 0,1%+peroxido de benzoilo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel tópico
	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
ACNE NO INFLAMATORIO	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
ONICOMICOSIS	Fluconazol	150 mg	Comprimido
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
MICOSIS PIEL LAMPIÑA Y RESTO DEL CUERPO	ketocozazol	2%	Shampoo
	Ciclopiroxolamina	1%	Crema
	Terbinafina	1%	Crema
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
ROSACEA	Metronidazol	0,75%	Crema y/o gel
	Ivermectina 1%	1%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
DERMATITIS AGUDAS, CRONICAS Y SEBORREICAS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema
	Hidrocortisona	1%	Loción
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	ketocozazol	2%	Champu
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Crema liquida humectante	200ml	Crema
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento	
VERRUGAS Y MOLUSCOS	Ácido salicílico 16,7% + Ácido Láctico 15%	16,7% y 15%	Solución
PEDICULOSIS	Permetrina 1%	1%	Loción capilar
ESCABIOSIS	Permetrina 5%	5%	Loción corporal
CBC, CEC, MELANOMA, QUERATOSIS ACTINICAS, DAÑO SOLAR CRONICO, ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN SOLAR, DERMATITIS FOTOAGRAVADAS, ENTRE OTRAS	Filtro solar 50+	50+	Gel
	Filtro solar 50+	50+	Crema
DERMATITIS, PSORIASIS,	Crema hidratante	urea 5%	Crema



XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante liquida	variable	Loción
A DEFINIR DENTRO DE LAS ANTERIORES	Recetario magistral	variable	Formulación a definir. Para el tratamiento de patologías del listado, cuando no es posible adquirir fármaco listado, la formulación tiene mejor resultado y/o es menos costoso.



**ANEXO N° 2: TIPOS DE PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD**

16-02-201	Biopsia de piel y/o mucosa por curetaje o sección tangencial c/s electro por 1 lesión
16-02-203	<b>Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones</b>
16-02-205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo desde 4 hasta 6 lesiones
16-02-206	<b>Extirpación de lesiones benignas por sec. tangencial, curetaje, y/o fulguración hasta 15 lesiones</b>
16-02-222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. de largo total que comprometa solo la piel)
16-02-223	Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
16-02-224	<b>Resto del cuerpo( que no sea cabeza, cuello, genitales) menores a 5 cm de diámetro: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión</b>
16-02-225	<b>Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos</b>
16-02-231	<b>Onicectomia total o parcial simple</b>
16-02-232	<b>Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio</b>



### **ANEXO N° 3: Universo de usuarios a atender**

#### **3.1. OTORRINOLARINGOLOGÍA**

<b>SIGTE ID</b>			
16682823	29352240	36377019	32578046
19222330	28715901	36376953	32439880
19106653	27620453	36152081	32439756
19004625	27620456	36152250	32168291
19004584	27414083	35749739	32168235
18995267	27215541	35754764	32168244
19004582	26714154	35754879	32168842
19004594	37815096	35465876	28435501
22299577	37815142	35417801	37818000
20104069	37472940	35225613	37889230
26169648	37819145	34633080	37081175
26169843	37463163	34055479	36784950
26169839	37462891	33870155	36785302
25983387	37473026	33873792	35516323
25404596	37110389	33353524	33535318
24401227	37110422	33353541	31969013
31523983	37463301	33044570	
31233294	36803459	33044534	
30233352	36803695	33007261	
29352156	36376769	33043911	



### 3.2. EDA

#### SIGTE ID

36646286	34283313	32285530	37941211
37942315	37942260	35885191	37945336
35885337	37939787	37939803	37939913
37939839	35885339	37945136	30618723
32284708	36646209	35520476	35520401
32482601	35885203	36646142	37944963
34282480	32286008	32284699	33256147
35885427	35520631	37939765	36366677
36646181	37943513	30619686	37939764
35520501	37945003	35885164	36646104
37939863	37945276	37939917	
36646293	34607941	37478939	
37939761	35324445	35742555	
37481345	35885085	35885310	
33979916	35520365	37943153	
36366454	35324836	37939794	
37479066	36366704	36366443	
36645926	37945057	36646116	
37943217	37941223	34609476	
30620178	32285142	35885473	

